

Diagnosis Related Groups (DRG) und Lebenslage: Folgen der Einführung von Fallpauschalen für die Patientenversorgung

Buhr, Petra

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Buhr, P. (2006). Diagnosis Related Groups (DRG) und Lebenslage: Folgen der Einführung von Fallpauschalen für die Patientenversorgung. *ZeS Report*, 11(1), 6-10. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-407301>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Diagnosis Related Groups (DRG) und Lebenslage

Folgen der Einführung von Fallpauschalen für die Patientenversorgung

Neurath, Otto, 1931 1981: „Empirische Soziologie“, in: Rudolf Haller; Heine Rutte (Hg.), *Gesammelte philosophische und methodologische Schriften*, Bd. 1. Wien: Holder-Pichler-Tempsky, 423-527.

Room, Graham, 1998: „Armut und soziale Ausgrenzung: Die neue europäische Agenda für Politik und Forschung“, in: Wolfgang Voges; Yuri Kazepov (Hg.): *Armut in Europa*. Wiesbaden: Chmielorz, 46-55.

Schupp, Jürgen; Habich, Roland; Zapf, Wolfgang, 1996: „Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Auf dem Weg zu einer dynamischen Sicht der Wohlfahrtsproduktion“, in: dies. (Hg.): *Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt*. Frankfurt / New York: Campus, 11-45.

Schulz-Nieswandt, Frank, 2002: *Grundzüge der Alterssozialpolitik und der integrierten Versorgung*. Universität Köln, Seminar für Sozialpolitik.

Strengmann-Kuhn, Wolfgang, 2003: *Armut trotz Erwerbstätigkeit*. Frankfurt/New York: Campus.

Weisser, Gerhard, 1956: „Wirtschaft“, in: Werner Ziegenfuß (Hg.): *Handbuch der Soziologie*. Stuttgart: Enke, 982.

Weisser, Gerhard, 1969 (1972): „Sozialpolitik“, in: Wilhelm Bernsdorf (Hg.): *Wörterbuch der Soziologie* 3, Frankfurt a. M.: Fischer, 769-776.

Zapf, Wolfgang, 1984: „Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität“, in: Wolfgang Glatzer; Wolfgang Zapf (Hg.): *Lebensqualität in der Bundesrepublik*. Frankfurt/New York: Campus, 13-26.

Als Beispiel für das Forschungsfeld „Lebenslageorientierte Wirkungs-forschung“ wird im Folgenden das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) näher vorgestellt. Diese Studie wird vom Zentrum für Sozialpolitik in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung durchgeführt und von der Hans Böckler Stiftung, der Gewerkschaft Verdi, der Gmünder Ersatzkasse (GEK) und der Landesärztekammer Hessen gefördert bzw. unterstützt. Ziel des Projektes ist es, die Folgen einer weitreichenden Reform im deutschen Gesundheitswesen zu untersuchen: Die Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG).

Gesundheit als Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe

Im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird Gesundheit als ein zentraler Aspekt der Lebenslage bezeichnet: „Gesundheit ist Voraussetzung für individuelles Wohlbefinden sowie für ökonomische und soziale Teilhabe“ (Bundesregierung 2005: 272). Der Handlungsspielraum des Menschen oder die Chancen auf ein selbstbestimmtes Leben werden also entscheidend durch den Gesundheitszustand geprägt: Personen mit schlechtem Gesundheitszustand sind nicht nur in ihren Möglichkeiten zur Erwerbsarbeit eingeschränkt, sondern auch in Hinblick auf Aktivitäten im Haushalt oder bei der Freizeitgestaltung. Mögliche Folgen sind (materielle) Armut und/oder soziale Isolation. Insoweit kommt der Herstellung von Rahmenbedingungen für eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung und

der Sicherstellung eines gleichberechtigten Zugangs zu medizinischen Leistungen für alle eine wichtige Bedeutung zu. Auf der Internet-Seite des Bundesministeriums für Gesundheit heißt es dazu: „Es ist das Ziel der Gesundheitspolitik, die Gesundheit der Bürger zu erhalten, zu fördern und im Krankheitsfall wieder herzustellen. Gesünder leben, länger leben und aktiver leben zu können, dies ist für jeden Bürger bestmöglich zu gewährleisten. Das Gesundheitswesen qualitativ auf hohem Stand und gleichzeitig finanzierbar zu halten, ist die Herausforderung, vor der die Gesundheitspolitik heute und auch in Zukunft steht. Dazu bedarf es eines umfassenden Systems gesundheitlicher Sicherung, das allen Bürgern wirksam und ohne Hindernisse zur Verfügung steht.“

Veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen durch Fallpauschalen

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist seit Jahren Ziel umfangreicher Reformen, mit denen die Finanzierungsgrundlagen gesichert, Strukturprobleme gelöst und die Qualität der Versorgung verbessert werden sollen. Seit Mitte der 1990er Jahre haben sich insbesondere auch die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser verändert, vor allem durch die Budgetierung und erste Fallpauschalen im Bereich der Chirurgie.¹ Damit wurde die Umstellung von einer retrospektiven Finanzierung über Tagessätze auf eine prospektive Finanzierung eingeleitet. Mit der – mit Ausnahme der Psychiatrie – nunmehr flächendeckenden Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen ab dem Jahre 2004² ist das Finan-

¹ Zu den Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitssystem und dessen Folgen für die Patientenversorgung vgl. z. B. Klinker/Simon.

² Ab 2003 war bereits ein freiwilliger Umstieg möglich.

³ Im DRG-System werden alle Patienten je nach Diagnose, Schweregrad und Prozedur in bestimmte Fallgruppen eingeordnet, für die das Krankenhaus eine pauschale Vergütung erhält. Der „Preis“ einer DRG ergibt sich durch Multiplikation eines sog. Basisfallwertes mit einem Relativgewicht. Das Relativgewicht drückt das Kostenverhältnis einer DRG zu einer theoretisch definierten Basisgröße 1 aus, die den empirisch ermittelten durchschnittlichen Behandlungskosten eines Falles entspricht (vgl. Metzger 2004: 20 ff.). Die Festlegung des Basisfallwertes erfolgt nicht aufgrund von Bedarfsanalysen; der Wert spiegelt vielmehr die durchschnittlichen Fallkosten, also den Status Quo, wider. Die finanziellen Folgen der DRG-Einführung für die Krankenhäuser entfalten sich dabei erst nach und nach, weil bis 2009 eine sogenannte Konvergenzphase vorgesehen ist, im Verlauf derer die krankenhausindividuellen Basisfallwerte stufenweise an einen landesweiten Fallwert angepasst werden.

Wolfgang Voges

Telefon: 0421-218-4367

wvoges@zes.uni-bremen.de

zierungs- und Abrechnungssystem der Krankenhäuser endgültig auf eine neue Grundlage gestellt worden. Die erbrachten Leistungen werden nicht mehr im Nachhinein vergütet bzw. die Aufwendungen nicht mehr nachträglich erstattet; die Vergütung für einzelne Leistungen wird vielmehr im Voraus festgelegt – unabhängig von der Verweildauer des einzelnen Patienten im Krankenhaus und den tatsächlich entstandenen Kosten.³ Die Abrechnung über Tagessätze ist also endgültig ad acta gelegt. Damit wird das gesamte Morbiditätsrisiko, auch das der Folgen von schlechter Behandlung (z. B. Komplikationen und Infektionen) weitgehend auf das Krankenhaus verlagert.

Im Vergleich zum alten System der Tagessätze werden durch die DRG stärkere Anreize für ein wirtschaftliches Verhalten gesetzt. „Gestaltet sich die Behandlung des Patienten tatsächlich aufwendiger, als durch die pauschale Vergütung gedeckt, macht das Krankenhaus bei dem betreffenden Patienten einen Verlust. Umgekehrt lässt sich ein höherer Gewinn erzielen, wenn es dem Haus gelingt, wirtschaftlicher zu arbeiten, als bei der Kalkulation der Pauschalvergütung zugrunde gelegt wurde“ (Grabbe u. a. 2005: 65). Es ist also davon auszugehen, dass die Krankenhäuser mit verschiedenen Maßnahmen versuchen werden, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu erhöhen und die Kosten zu reduzieren, etwa durch standardisierte Behandlungspfade, Verweildauerverkürzung, Personalabbau, Dequalifizierung der Beschäftigten, Vernachlässigung der ärztlichen Weiterbildung, Privatisierung von Organisationseinheiten (Outsourcing) sowie Konzentration der Standorte.⁴ Damit ist zu befürchten, dass die Interessen der Patienten und der Beschäftigten in den Krankenhäusern zunehmend hinter wirtschaftlichen Aspekten zurücktreten und negative Folgen für die Versorgung eintreten⁵, wenn nicht auf die eine oder andere Art gegengesteuert wird, etwa durch Maßnahmen zur Qualitätssicherung,

Pflegestandards, Leitlinien-Medizin oder die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie.

Analyse der Wirkungen der DRG-Einführung im Projekt „WAMP“

Um die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems zu evaluieren, hat der Gesetzgeber in § 17b Abs. 8 KHG eine Begleitforschung vorgeschrieben, die aber bislang nicht umgesetzt worden ist. Insoweit liegen bislang nur wenige Informationen darüber vor, welche Folgen die Einführung des DRG-Systems für Patienten und Beschäftigte tatsächlich hat.⁶ An dieser Stelle setzt das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) an.

In dieser Studie werden die Folgen der DRG-Einführung mit einem multidimensionalen Längsschnittansatz untersucht, der auf mehrmaligen repräsentativen standardisierten Befragungen von Ärzten, Pflegekräften und Patienten, Auswertung von Versichertendaten sowie qualitativen Fallstudien in vier Krankenhäusern aufbaut. WAMP stellt Daten bereit, die in dieser Form und in diesem Umfang bisher nicht erhoben worden sind. Entsprechend dem sozialwissenschaftlichen Ansatz des Projektes wird die Patientenversorgung im Krankenhaus als sozialer Arbeits- und Interaktionsprozess angesehen. Folgende Forschungsfragen stehen im Mittelpunkt:

- Mit welchen Anpassungsstrategien und Veränderungsprozessen reagieren die Krankenhäuser auf die DRG-Einführung?
- Wie verändern sich Arbeitsprozesse, institutionelle Settings und normativer Bezugsrahmen ärztlicher und pflegerischer Arbeit?
- Welche Wirkungen resultieren daraus für die Arbeits- und Interaktionsbeziehung zwischen Patienten und Personal?
- Wie verändern sich relevante Merkmale des Versorgungsgeschehens im Krankenhaus?

Letzte abhängige Variable ist also die Versorgungsqualität. Hierbei handelt es sich um ein Konstrukt, das sich einer direkten Beobachtung entzieht. Entsprechend gibt es unterschiedliche Ansätze, Versorgungsqualität zu operationalisieren oder in „Teilqualitäten“ zu zerlegen, wobei meist von einer Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgegangen wird. Darüber stehen drei Dimensionen der Versorgungsqualität: Die handwerklich-technische Dimension gibt darüber Auskunft, ob alle Patienten nach dem Stand der medizinischen und pflegerischen Forschung behandelt werden. Bei der ganzheitlichen oder patientenzentrierten Dimension geht es darum, ob sich die Behandlung am Menschen mit all seinen Problemen und Bedürfnissen orientiert (oder aber nur auf die Krankheit gerichtet ist). Die soziale Dimension schließlich zielt auf die Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. Diese drei Dimensionen zusammen bestimmen darüber, ob Patienten eine wirksame Behandlung erhalten und wie groß ihre (Über-)Lebenschancen sind. Neben den Dimensionen sind auch unterschiedliche Phasen in Hinblick auf die Patientenversorgung zu unterscheiden: Aufnahme ins Krankenhaus, Durchführung der Behandlung, Entlassung oder Verlegung sowie Überleitung in den ambulanten Bereich.

Um die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Lebenslage zu untersuchen, steht man darüber hinaus vor einigen methodischen Herausforderungen. Erstens ist die DRG-Einführung, wie bereits angedeutet, vorläufiger Endpunkt einer Reihe von Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitssystem und steht auch im Kontext anderer Maßnahmen (z. B. Qualitätssicherung, Katalog ambulant durchführbarer Operationen). Dies macht es schwierig, den eigenständigen Beitrag der DRG-Einführung zu messen. Zweitens ist das DRG-System kein fertiges Produkt, sondern es ist als „lernendes System“ konzipiert

⁴ Genauer gesagt werden solche und andere Sparmaßnahmen in den Krankenhäusern bereits seit Einführung der Budgetierung Mitte der 1990er Jahre praktiziert. Durch die DRG-Einführung wird aber der finanzielle Druck auf die Krankenhäuser nochmals verstärkt.

⁵ Erwartet werden z. B. zu frühe („blutige“) Entlassungen, selektive Patientenaufnahmen und Verlegungsketten, Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich, Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen sowie Einschränkungen im Bereich der psychosozialen Versorgung (vgl. z. B. Böcking 2005; Lauterbach/Lüngen 2000; Leister/Stausberg 2005; Lenk u. a. 2005; Rühmkorf 2005). Daneben gibt es aber auch positive Erwartungen an das neue System, etwa Verbesserung der Transparenz des Versorgungsgeschehens, Wegfall unnötiger (und damit belastender) Untersuchungen oder Verringerung unerwünschter Folgen langer Krankenhausliegezeiten (z. B. Infektionen, Hospitalismus).

⁶ Zu den Folgen für die Patientenversorgung vgl. den Überblick bei Böcking u. a. 2005. Zu den Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege vgl. z. B. Hausner u. a. und den Gesundheitsreport von DAK/Deutsche Angestelltenkrankenkasse und BGW/Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Grabbe u. a. 2005). Zu den Folgen für den Arbeitsalltag der Ärzte vgl. Baller/Oestreich 2005. Zu den Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation vgl. von Eiff u. a. 2005.

und wird insoweit beständig weiter entwickelt. Drittens entsteht der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser nicht sofort und nicht in voller Härte, weil bis 2009 eine Konvergenzphase⁷ vorgesehen ist. Viertens erfordert die Analyse von Veränderungen verlässliche und prozessnahe Beobachtungen bzw. Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten (Vorher-Nachher-Analyse) und bei verschiedenen Akteuren. Im Projekt WAMP sind deshalb Befragungen mit Patienten, Pflegekräften und Ärzten zu drei Zeitpunkten vorgesehen, wobei die erste Welle bereits vor bzw. im Frühstadium der Einführung der DRG stattfand, um den Status Quo ante zu messen.⁸

Versorgungschancen im DRG-System – Ausgewählte Ergebnisse von WAMP

In Hinblick auf die Lebenslage der Bevölkerung stellt sich also die Frage, ob unter DRG-Bedingungen alle Bevölkerungsgruppen die medizinisch notwendigen Dienstleistungen im Krankenhaus erhalten und die Strukturen und Prozesse so gestaltet sind, dass sie einer schnellen Genesung förderlich sind und möglichst wenige „Risiken und Nebenwirkungen“ haben. Da es sich um ein laufendes Projekt handelt und die zweiten Befragungswellen noch nicht vollständig ausgewertet bzw. noch nicht durchgeführt worden sind, können wir die Frage, welche Veränderungen der Versorgung im Krankenhaus durch die DRG im Vergleich zum Status Quo ante eingetreten sind, zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschließend beantworten.⁹ Wir können aber ansatzweise auch Ergebnisse der ersten Befragungswelle heranziehen, da, wie oben erwähnt, einige Krankenhäuser auf freiwilliger Basis bereits 2003 auf DRG umgestellt hatten und in den chirurgischen Fächern bereits seit längerer Zeit nach Fallpauschalen abgerechnet wird. Außerdem liegen Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews vor, die Ende 2004/Anfang 2005 mit Ärzten, Pflegekräften und Verwaltungsmitarbeitern in vier Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und Trägerschaft durchgeführt wurden. Mit diesen Einschränkungen wer-

den im Folgenden einige ausgewählte Ergebnisse aus dem Projekt WAMP vorgestellt.

Bei den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Patientenversorgung können direkte und indirekte Effekte unterschieden werden. Einerseits gibt es bestimmte (Abrechnungs-)Regelungen im DRG-System, die die Behandlung der Patienten unmittelbar betreffen. Beispiele hierfür sind Vorschriften über Verlegungen, Anreize zur Fragmentierung von Behandlungen sowie die untere und obere Grenzverweildauer. Andererseits verstärkt die DRG-Einführung den (seit Jahren bestehenden) Druck auf die Krankenhäuser, Kosten zu sparen, etwa im Bereich Personal, und wirkt sich auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in den Krankenhäusern aus.

Personalabbau und Zunahme bürokratischer Tätigkeiten

Der Pflegebereich ist in allen von uns untersuchten Krankenhäusern besonders stark von Personalabbau und Arbeitsintensivierung betroffen, was nach übereinstimmender Meinung der Befragten durch die DRG-Einführung verstärkt wird. Darüber hinaus berichten die von uns befragten Ärzte, in geringerem Umfang auch die Pflegekräfte, dass administrative Tätigkeiten durch die DRG zugenommen haben. Beide Entwicklungen wirken sich nicht nur auf die Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten aus, sondern können auch zu Lasten der Versorgungsqualität gehen. Wenngleich die Anzeichen für „gefährliche Pflege“ bislang eher gering sind, ist es nicht ausgeschlossen, dass durch Überlastung oder auch Kommunikationsdefizite Fehler bei der Versorgung der Patienten geschehen, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten bewirken oder die Genesung behindern können.

Erschwerung von Verlegungen

Eine direkte Folge des neuen Abrechnungssystems ist, dass Verlegungen erschwert werden. In einem von

uns untersuchten Krankenhaus betrifft dies vor allem Frühgeborene, die vor Einführung der DRG häufig nach einiger Zeit in die Nähe ihres Heimortes, also näher zu den Eltern, verlegt wurden. Eine solche Verlegung ist heute ohne finanzielle Verluste nicht mehr möglich und wird deshalb auch nicht praktiziert:

„Die einzige Veränderung, die wir ganz klar haben, ist, dass wir die Kinder nicht mehr verlegen dürfen. Sie dürfen nicht mehr in die peripheren Häuser verlegt werden, weil dann müssten sie ja zwei Fälle bezahlen, das machen die Kassen nicht. Und da wir das höherwertige Haus sind und das andere Haus aber halt ja nicht auf dem Level arbeitet, und wir sagen meinerwegen, aus familiären Gründen, die Eltern wollen nicht fahren oder können nicht fahren, wir verlegen die Kinder meinerwegen nach [Ort], da sagt die Kasse in den allermeisten Fällen nein. Und wir natürlich, weil wir ja auch das Geld haben wollen, auch. Die Eltern können ins [Name-]-Haus ziehen, können hier bei ihren Kindern bleiben. Und die bleiben dann halt bis zur Entlassung hier, und das war früher nicht der Fall, die sind verlegt worden.“ (Oberarzt, E110, 54)

Diese Praxis kann zwar unter medizinischen Gesichtspunkten sinnvoll sein, weil die Kinder im Krankenhaus der Maximalversorgung weiterhin optimale medizinische Versorgung erhalten. Für die betroffenen Eltern bedeutet es jedoch zumindest einen Mehraufwand an Zeit und ggf. Übernachtungskosten, was wiederum dazu führen kann, dass sie ihr neugeborenes Kind seltener sehen und keine emotionale Bindung zum Kind aufbauen können.

Fragmentierung von Behandlungen

Aus der Systematik der Fallpauschalen resultiert auch ein Trend zur Fragmentierung von Behandlungen. Denn es besteht ein finanzieller Anreiz, aus einem längeren Aufenthalt mehrere kurze zu machen, z. B. Patienten nach Durchführung diagnostischer Maßnahmen für die Operation erneut einzubestellen, weil dann zwei

⁷ Vgl. Fußnote 3.

⁸ Die erste Welle ging 2003 ins Feld, d. h. zu einem Zeitpunkt als einige Krankenhäuser das DRG-System auf freiwilliger Basis eingeführt hatten (zu den Ergebnissen vgl. Braun/Müller 2003; Braun u. a. 2004; Klink/Kühn 2006). Die zweite Welle der Patienten- und Ärztebefragung fand Ende 2005 statt; die zweite Pflegekräftebefragung ist für Mai 2006 geplant. Die dritte und letzte standardisierte Befragungswelle soll kurz vor Ende der Konvergenzphase durchgeführt werden.

⁹ Es gibt allerdings auch keine anderen Studien, in denen die Folgen der DRG-Einführung mit einem ebenso breiten Ansatz wie im Projekt WAMP untersucht werden.

¹⁰ Allerdings muss hier ein gewisser zeitlicher Abstand eingehalten werden, sonst greifen die Regeln über die Fallzusammenführung (vgl. Metzger 2004: 42 ff.).

Fälle abgerechnet werden können.¹⁰ Auch ist es für das Krankenhaus finanziell ungünstig, mehrere Erkrankungen eines Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes zu behandeln, was zu Entlassungen und Wiederaufnahmen führt:

„Und dann ist es wirtschaftlich gesehen, man entlässt den Patienten wieder und nimmt ihn dann wieder auf und macht dann das nächste. Wenn man das nicht tut, verschenkt man Geld. Geld, das letztlich leider erforderlich ist, dafür sind wir inzwischen zu knapp mit unseren Budgets, dass wir uns da irgendwelchen Luxus erlauben können. Das ist nicht möglich. Und das ist für mich schon ziemlich schizophren.“ (Assistenzarzt, E104, 79).

In vielen Krankenhäusern werden die genannten Strategien allerdings noch nicht mit letzter Konsequenz durchgezogen, zumindest nicht bei allen Patientengruppen. Dies verweist darauf, dass es zur Zeit noch Spielräume bei der Umsetzung der DRG-Regeln gibt (vgl. Buhr/Klinke 2006).

Verweildauerverkürzung und Schnittstellenproblematik

Die Verweildauer im Krankenhaus ist seit Jahren, also schon vor Einführung der DRG, rückläufig.¹¹ Diese Entwicklung ist nicht per se negativ zu bewerten, denn kürzere Liegezeiten werden z. B. auch durch den medizinischen Fortschritt möglich und decken sich häufig mit den Patientenwünschen. Problematisch wird es dann, wenn Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen zu früh stattfinden, also Patienten zu einem Zeitpunkt entlassen werden, zu dem sie eigentlich noch nicht entlassungsfähig sind.

Im neuen pauschalierten Abrechnungssystem wird für jede DRG eine untere und obere Grenzverweildauer festgelegt. Wird die untere Verweildauer unterschritten, wird ein Abschlag fällig, da davon ausgegangen wird, dass die definierte Leistung nicht voll erbracht wurde (vgl. Metzger 2004: 40). Da die Krankenhäuser

somit finanzielle Nachteile bei Unterschreiten der unteren Verweildauer erleiden, werden die behandelnden Ärzte, so die Ergebnisse unserer qualitativen Interviews, von Seiten der Krankenhausleitungen und der Chefärzte angehalten, diese in jedem Fall zu beachten. Insofern dient die untere Grenzverweildauer als eine Art Puffer gegen zu frühe Entlassungen. Auf der anderen Seite wird die soziale Situation des Patienten bei der Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt durchaus berücksichtigt und es gibt zur Zeit noch Spielräume, Patienten über die obere Grenzverweildauer hinaus da zu behalten. Dies muss aber gegenüber den Krankenkassen gut begründet werden.

Auch wenn es nach unseren Ergebnissen bislang nicht zu den befürchteten „blutigen“ Entlassungen gekommen ist¹², werden die Patienten doch zu einem Zeitpunkt entlassen, zu dem der Genesungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, so dass sie häufig noch auf nachstationäre Leistungen angewiesen sind. Unter DRG-Bedingungen kommt deshalb einem nahtlosen Übergang in den ambulanten Bereich eine zunehmend wichtige Funktion zu. In der Praxis gibt es hier jedoch noch erheblichen Verbesserungsbedarf: Fast die Hälfte der Pflegekräfte gab bei unserer Befragung 2003 an, dass in ihrem Krankenhaus kein Entlassungs- und Überleitungsmanagement existiert oder dass dieses nicht funktioniert. Auch die erste Ärztebefragung, die 2004 stattfand, ergab, dass nur etwa die Hälfte der Patienten mit einer koordinierten Weiterbehandlung im nachstationären Bereich rechnen kann. Nach den Ergebnissen der ersten Patientenbefragung verlief die Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, z. B. die Aufklärung über Warnsignale, die zu beachten sind, nicht immer optimal. Ein großer Teil der Befragten hatte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Bedarf für nachstationäre

Behandlungen oder Unterstützungen: Über 80% benötigten Hilfe des Haus- oder Facharztes, 36% Pflege durch Angehörige, 35% Physiotherapie, 31% Kuraufenthalt/Rehabilitation, 25% Krankenhaus-Übergangspflege, 13% Haushaltshilfe, 11% Pflegedienst, 9% Kurzzeitpflege und 8% Pflegeheim. Zwischen 2% (Haus-/Facharzt) und 14% (Kuraufenthalt/Rehabilitation) hatten Schwierigkeiten, die notwendigen Hilfen auch zu erhalten. Darüber hinaus sagten etwa 20% der Befragten, dass der Hausarzt Therapiemaßnahmen des Krankenhauses nicht oder nur unter Schwierigkeiten weitergeführt hat.¹³ Erste Auswertungen der zweiten Welle der Patientenbefragung deuten an, dass sich diese Befunde nicht wesentlich verändert haben.

Fazit

Veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen erfordern Wirkungsanalysen im stationären und ambulanten Sektor und an den Schnittstellen beider Bereiche. Ein Projekt, in dem die Folgen einer weitreichenden Reform – Einführung der DRG – für die Lebenslage der Bevölkerung umfassend im Längsschnitt untersucht werden, ist das gemeinsam von ZeS und WZB durchgeführte Projekt „WAMP“. Erste Ergebnisse des Projektes geben Hinweise auf problematische Entwicklungen, z. B. Verlust der Ganzheitlichkeit der Versorgung durch Fragmentierung von Behandlungen oder Schwierigkeiten beim Übergang zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Da wir es mit einem relativ jungen und dazu „lernenden System“ zu tun haben, sind die Folgen der DRG-Einführung für die (Über-) Lebenschancen allerdings noch nicht abschließend zu beurteilen.

¹¹ Lag die durchschnittliche Verweildauer Anfang der 1990er Jahre noch bei 14 Tagen, ging sie bis 2002 auf 9,2 Tage zurück. Nach Einführung der DRG ist ein weiterer Rückgang auf 8,9 Tage 2003 und 8,7 Tage 2004 zu beobachten. Um festzustellen, ob die DRG-Einführung einen Einfluss auf die Verweildauer hat, sind jedoch noch weitere, diagnosebezogene Analysen notwendig.

¹² Ein hartes Indiz dafür, dass Entlassungen unter DRG-Bedingungen zu früh erfolgen, wäre eine Zunahme von Patienten, die kurz nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erneut aufgenommen werden müssen, etwa weil Komplikationen auftreten (Rehospitalisierung). Die Betrachtung von solchen Versorgungsverläufen ist mit Hilfe von Routinedaten der GEK möglich: Danach stieg die Rehospitalisierungsrate in ein Akutkrankenhaus parallel zum Rückgang der Verweildauer zwischen 1995 und 2002 an. Auch hier bleibt abzuwarten, ob durch die DRG-Einführung ein weiterer Anstieg zu verzeichnen ist.

¹³ Auch in den qualitativen Interviews gibt es vereinzelt Hinweise darauf, dass die Kontinuität der im Krankenhaus begonnenen Behandlung nicht gewährleistet ist, weil niedergelassene Ärzte Änderungen der Therapie vornehmen.

Literatur

- Baller, Sascha; Oestreich, Kerstin, 2005: „Krankenhäuser: DRG-System prägt den Arbeitsalltag“, *Deutsches Ärzteblatt* 102: A-3006/B-2539/ C-2389.
- Böcking, Wolfgang; Ahrens, Ulrich; Kirch, Wilhelm; Milakovic, Mishaël, 2005: „First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries“, *Public Health* 13: 128-137.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2003: *Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Bd. 26. St. Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas, 2004: *Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Bd. 32. St. Augustin: Asgard.
- Buhr, Petra; Klink, Sebastian 2006: *Folgen der DRG-Einführung für die Patientenversorgung im Krankenhaus. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern*. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik (als ZeS-Arbeitspapier eingereicht).
- Bundesregierung, 2005: *Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.
- Grabbe, Yvonne; Nolting, Hans-Dieter; Loos, Stefan, 2005: *DAK-BGW-Gesundheitsreport 2005 – stationäre Pflege*. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.
- Hausner, Elke; Juchems, Stefan; Richter, Inga; Schulze Geiping, Annika; Simon, Mario; Voß, Karin; Wiedemann, Regina; Donath, Elke; Bartholomeyczik, Sabine, 2005: „Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRG“, *Pflege & Gesellschaft* 10: 125-130.
- Klink, Sebastian, 2005: *Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischen Wandel im Gesundheitswesen. Auswirkungen der gesundheitlichen Reformgesetzgebung auf Perception und Verhalten von Chefarzten im Bundesland Bremen*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Klink, Sebastian; Kühn, Hagen, 2006: *Krankenhaus, Geld und ärztliche Arbeit. Eine sozialwissenschaftliche Studie zur finanziellen Steuerung der Krankenhäuser*. Berlin: Edition Sigma (i. E.).
- Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus, 2000: *DRG-Fallpauschalen: eine Einführung*. Stuttgart/ New York: Schattauer.
- Leister, Jan Eric; Stausberg, Jürgen, 2005: „Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality“, *Health Policy* 74: 46-55.
- Lenk, Christian; Biller-Andorno, Nikola; Alt-Epping, Bernd; Anders, M.; Wiesemann, Claudia, 2005: „Ethik und Fallpauschalen. Welche Veränderungen in der Patientenversorgung sind zu erwarten?“, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130: 1653-1655.
- Metzger, Franz 2004: *DRGs für Einsteiger*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rühmkorf, Daniel, 2005: „Heilen im Minutentakt“, *Dr. med. Mabase* 153: 25-27.
- Simon, Michael, 2001: *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*. Arbeitspapier P01-205. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health.
- von Eiff, Wilfried; Klemann, Ansgar; Middendorf, Conrad, 2005: *RE-DIA-Studie. Analyse der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation*. Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht, Bd. 3. Münster: LIT Verlag.

Petra Buhr
Tel.: 0421/218-4084
pbuhr@zes.uni-bremen.de